

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Avril 1899, à 1 heure

PAR

JOSEPH LAMARD

Né à Saint-Germain-du-Bois, le 24 Avril 1874

Ex-externe, médaille de bronze des Hôpitaux de Paris

DE

L'ASPIRATION DES CORPS MOUS

DE

LA VESSIE

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. HUTINEL, professeur.

THIROLOIX et ALBARRAN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Avril 1899, à 1 heure

PAR

JOSEPH LAMARD

Né à Saint-Germain-du-Bois, le 24 Avril 1874

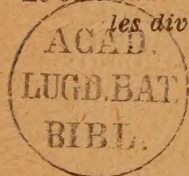
Ex-externe, médaille de bronze des Hôpitaux de Paris

DE

L'ASPIRATION DES CORPS MOUS

DE

LA VESSIE

*Président : M. GUYON, professeur.**Juges : MM. HUTINEL, professeur.**THIROLOIX et ALBARRAN, agrégés.**Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

	PROFESSEURS :	MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale		JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
		BERGER
Clinique chirurgicale		DUPLAY
		LEDENTU
		TILLAX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON
Clinique d'accouchement		BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAND	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOY
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

À MES MAÎTRES :

MONSIEUR LE DOCTEUR LACOMBE

Médecin de l'Hôpital Beaujon

MESSIEURS LES PROFESSEURS

DUPLAY, FOURNIER, DIEULAFOY,
PINARD, GAUCHER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Professeur de la clinique des maladies des voies urinaires

Membre de l'Institut

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital Necker

Officier de la Légion d'honneur

DE L'ASPIRATION DES CORPS MOUS DE LA VESSIE

INTRODUCTION

L'aspiration des corps durs contenus dans la vessie, ainsi que la préconisa Bigelow en 1878, en lui donnant le nom de litholapaxie, est largement entrée dans la pratique, et son emploi est aujourd'hui universellement admis pour évacuer les graviers qui ont été broyés par le lithotriteur. Mais on peut encore avoir recours à elle quand il s'agit d'extraire de la vessie des corps mous, tels que fausses membranes et caillots.

M. le Professeur Guyon l'a souvent employée dans son service de l'hôpital Necker et convaincu des grands services qu'elle peut rendre toutes les fois que ces corps mous retenus dans la vessie ne peuvent en être expulsés par les contractions de cet organe ou par l'emploi des lavages, il en a préconisé les indications, la méthode et montré les résultats dans ses leçons cliniques et ses leçons au lit du malade.

Sur les conseils de notre bon ami et ancien interne médaille d'or, M. le Docteur Michon, nous avons résolu de faire de l'étude de cette importante question pratique, l'objet de notre thèse inaugurale.

Son principal intérêt sera de faire connaître, par les observations des malades sur lesquels elle a été appliquée, les résultats que donne cette excellente opération dans le traitement d'une certaine catégorie de maladies des organes urinaires.

Au moment de quitter cette Faculté, nous tenons à remercier tous nos maîtres dans les hôpitaux. M. le Professeur Guyon, dans le service duquel nous avons eu l'honneur d'être attaché comme externe pendant plus de quatorze mois, et qui après avoir mis à notre disposition les documents si importants qu'il a recueillis dans son service spécial, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse; nous avons senti tout le prix de l'honneur qu'il nous faisait et nous lui adressons l'hommage de nos sentiments respectueux.

Nous ne saurions oublier non plus l'amabilité qu'a toujours montrée pour nous M. le Docteur Lacombe, médecin de l'hôpital Bichat, qui a été notre maître pendant nos deux dernières années d'externat, ni les excellentes leçons de MM. les Professeurs Duplay, Fournier, Dieulafoy, Pinard et Gaucher, dont nous avons eu l'honneur d'être stagiaire.

Nous sommes également heureux d'exprimer ici au Docteur Michon, notre vive reconnaissance pour

la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant notre année d'externat à la clinique des maladies des voies urinaires.



CORPS MOUS QUE L'ON RENCONTRE DANS LA VESSIE.

Nombreux sont les cas dans lesquels il se forme dans la vessie des corps mous qui ne peuvent plus en être expulsés naturellement et qui ne peuvent pas en être chassés par de simples lavages.

1° *Caillots*. — Les plus fréquents sont dûs à la coagulation du sang dans l'intérieur de cet organe, à des caillots. Leur origine, leur mode de production, sont, comme leur forme et leurs dimensions, très variables. Quelques-uns prennent naissance sur une ulcération vésicale, sur une lésion toute localisée, surtout dans les lieux où l'urine ne stagne pas. Nous ne nous en occuperons pas; ils n'ont guère qu'une importance diagnostique, et ne déterminent pas de troubles assez sérieux pour exiger leur expulsion de la vessie par l'aspiration. Mais ceux qui se forment dans les hématuries profuses, abondantes, du rein, de la vessie, de la prostate sont moins bénins et s'accompagnent souvent de tout un ensemble de phénomènes pathologiques divers, dûs à leur rétention qu'il importe de faire cesser au plus vite.

Sous quelle influence se forment ces caillots, il est bien difficile de le dire. Sans doute, la stagnation de l'urine hémorrhagique est une des causes les plus efficaces, mais elle n'est pas toujours suffisante. Il est possible que certaines conditions chimiques ou bactériologiques interviennent pour favoriser ou empêcher leur formation. Ils se voient dans toutes les hématuries quelle qu'en soit l'origine. Mais on les rencontre principalement à la suite des traumatismes de la prostate, surtout chez ceux qui ont la prostate hypertrophiée, et qui se sondent mal, dans les hématuries dues à des néoplasmes, soit du rein, soit de la vessie, dans celles qui accompagnent quelquefois une évacuation trop rapide d'une vessie en rétention, et auxquelles on a donné le nom d'hématuries *a vacuo*. Elles sont moins fréquentes dans les autres affections, où la quantité de sang contenu dans la vessie est moins considérable, telles que la tuberculose vésicale et rénale, les cystites, etc.

Leur nombre est très variable. On en trouve quelquefois un seul. On en a vu plus de 200 en 24 heures.

Leur poids suit les mêmes variations. Quelques vessies en contiennent jusqu'à 500 grammes. M. le Professeur Guyon en a vu un de 300 grammes.

Souvent mous et fluidifiés par la macération, un filet d'eau peut les dissoudre. Mais leur consistance est quelquefois telle qu'ils ne peuvent s'effiler en

s'accommodant aux diamètres du canal, ni se désagréger aisément. C'est alors qu'ils arrivent à jouer le rôle de corps étrangers.

Gros généralement comme une petite noisette, leur volume peut atteindre celui d'une grosse mandarine. Ils ont le plus souvent une forme ovoïde, irrégulière, mais sont capables de s'allonger et de revêtir la forme du canal de l'uretère ou de l'urèthre.

Les uns sont de couleur foncée, rouge vif. Ce sont les plus caractéristiques et les moins résistants. Les autres sont grisâtres. Le contact de l'urine les a décolorés en chassant les hématies et en ne laissant subsister que la trame fibrineuse. Ils sont alors moins faciles à reconnaître : ils ressemblent plus à des morceaux de chair qu'à des caillots et effraient souvent les malades.

2° *Fragments de tissus organiques et fausses membranes.* — Dans certaines affections inflammatoires, ulcéreuses et productrices de la vessie ainsi que dans les néoplasmes de l'appareil urinaire, on peut voir apparaître des fragments de tissus organisés et des fausses membranes dans les urines.

Le plus souvent les fausses membranes sont de nature fibrineuse, analogues comme structure à celles qui se forment dans certaines angines : « Elles sont formées d'une trame de fibrine amorphe, striée, englobant des leucocytes, quelques cellules épithéliales peu distinctes, très altérées. Elles sont souvent

dégénérées, infiltrées de granulations graisseuses, salines, phosphatiques, de cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens, de bactéries ; il est parfois malaisé de les distinguer de vieux caillots putréfiés. Elles se forment vraisemblablement par une exsudation spéciale, fibrineuse, coagulable au sein de l'épithélium dégénéré, par le processus commun des néoformations diphtériques » (1).

Le plus souvent elles se présentent sous l'aspect de petits filaments, de membranes d'un blanc grisâtre, ou brunes, déchiquetées. Confondues avec une urine purulente, fétide, elles peuvent alors passer inaperçues. Mais il y en a d'une étendue remarquable. Au musée de l'Hôpital Necker, on en peut voir plusieurs qui ont les mêmes dimensions que la surface interne de la vessie elle-même et qui sont bien de nature exsudative, ainsi que l'examen histologique l'a démontré. L'une d'elles, entre autres, ne mesure pas moins de seize centimètres de hauteur sur dix de largeur.

Leur épaisseur et leur consistance varient. Ce sont tantôt de minces pellicules qui s'écrasent à la moindre pression et tantôt des membranes de plusieurs millimètres d'épaisseur qui se laissent détacher sur une plus ou moins grande étendue. A l'inverse

(1) Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.
(F. Guyon).

des fausses membranes qui se forment sur les séreuses, leur adhérence va en diminuant avec le temps. Fréquemment elles s'infiltrant de dépôts calcaires, phosphatiques, abondants, surtout sur leur face, contigüe à la muqueuse vésicale.

Ces fausses membranes ne se forment pas indifféremment dans toutes les vessies. Elles apparaissent un beau jour, dans le cours d'une cystite antérieure, à la suite d'un accès quelconque, de boisson, par exemple, ou à la suite d'un refroidissement. Broca croyait que la cystite tuberculeuse y exposait principalement, mais M. le Professeur Guyon dit ne pas l'avoir rencontrée parmi ses malades. La principale cause serait, pour lui, la recrudescence d'une cystite préexistante, surtout lorsque celle-ci s'accompagne de rétention, ou de passage à l'état ammoniacal.

Fréquents aussi sont les fragments de néoplasmes. Leur aspect peut être très varié. Il y en a de caractéristiques : fragments couverts de villosités, gris ou roses ; charnus, mous ou gélatiniformes ; petites tumeurs avec leur pédicule et leur houppe de franges, filaments gris et roses. Mais il y en a de très difficiles à rattacher à leur véritable origine : surtout ceux qui ont séjourné longtemps dans une urine trouble chargée de pus ou ammoniacale. Altérés et dégénérés, ils se présentent en grumeaux, en filaments purulents, sont mous, friables et blancs.

Quant à leur nature, il peuvent appartenir aux nombreuses variétés de néoplasmes qui se rencontrent dans les organes urinaires. Le plus souvent ce sont des fragments de tumeurs épithéliales. Ce n'est qu'à titre de rareté qu'il faut citer des fragments de tumeurs conjonctives : sarcome, myxome, fibrome, fibro-myome, et même chez les enfants des débris de myxo-sarcomes.

L'urine peut encore contenir des fragments de tumeurs, primitivement développées en dehors de l'appareil urinaire, dans les organes voisins, dans l'utérus, l'intestin, etc., et qui ont pénétré dans la vessie après l'avoir perforée.

Quelquefois, mais très rarement, la paroi vésicale elle-même, en partie ou dans toute son épaisseur peut s'éliminer à la façon d'une fausse membrane. On niait autrefois la possibilité de cette exfoliation et Civiale écrivait dans son traité de l'affection calculuse : « La mucosité peut prendre la forme d'une membrane qui tantôt revêt tout l'intérieur de la vessie, comme l'a observé Andral, tantôt se détache par lambeaux (observation de Ruysels) qui sortent quelquefois couverts de petites pierres, comme Tulpins et Rudtorffer en citent chacun un exemple. Ce sont ces lambeaux que Willès a pris pour une partie de la tunique interne elle-même de la vessie, erreur dans laquelle est tombé Morgagni, en se fondant sur un fait rapporté par Rouhault qui avait vu un homme

rendre avec l'urine trois portions de membranes ayant des vaisseaux propres, comme il est commun d'en trouver dans les produits pseudo-membraneux. »

De nouveaux faits observés par Lever, Dolbeau, Henry Lee, Dubar, Frankenhœuser, Madurowicz, vinrent tout remettre en question, lorsque parut l'important mémoire de Pinard et Varnier dans les annales de gynécologie de 1886. Ils reprirent toutes les observations connues, les discutèrent, et en présentèrent de nouvelles dans lesquelles l'exfoliation de la vessie était certaine. Si ce sont des accoucheurs qui ont mis tout le monde d'accord sur une question qui ne semble pas relever de leur spécialité au premier abord, c'est que, le plus souvent, la gangrène de la vessie serait due à la compression des vaisseaux de cet organe par l'utérus gravide en rétroversion.

Privée de ses vaisseaux, la paroi vésicale se mortifie dans une plus ou moins grande étendue. On a vu des cas où elle avait été éliminée dans sa presque totalité. C'est quelquefois la muqueuse seule ou la sous muqueuse qui est intéressée, mais la lésion peut être bien plus profonde, puisqu'on a vu le péritoine périvésical lui-même être atteint par la nécrose.

Outre ces fausses membranes on peut encore trouver dans la vessie, et être dans l'obligation d'aspirer tout un ensemble de corps mous, tels que gru-

meaux caséeux blanchâtres, fragments de tissus détachés à peine reconnaissables, produits par l'action du bacille de Koch sur les organes urinaires, parasites animaux (hydatides), matières intestinales provenant d'une fistule vésico-intestinale, d'un abcès d'un organe voisin de la vessie, corps étrangers; mais ces cas sont bien plus rares:



EFFETS CONSÉCUTIFS A LA RÉTENTION DES CORPS MOUS DANS LA VESSIE

Tous ces corps mous ne restent pas généralement dans la vessie. Elle les évacue régulièrement lorsqu'ils ne sont pas volumineux ou lorsqu'ils sont assez friables, surtout si elle ne leur a pas donné naissance elle-même. En effet, tant qu'elle conserve son intégrité anatomique et fonctionnelle, tant que ses contractions ne sont pas altérées, elle parvient à se débarrasser de masses parfois volumineuses. Il est étonnant quelquefois de voir combien elle se trouve peu incommodée par la présence de matières intestinales, par exemple, qu'y déverse une fistule entéro-vésicale, comme elle les expulse suffisamment bien pour que l'organisme ne soit pas trop gêné de leur présence, et qu'il n'y ait pas lieu d'intervenir. Mais le volume de certains de ces corps, l'impossibilité où est l'urine de les désagréger, jointe à la défaillance des contractions par lésion de la vessie et à la difficulté de leur sortie (rétrécissement, hypertrophie prostatique, obstruction

de l'urèthre) empêchent leur expulsion de la vessie et créent tout un ensemble de troubles :

1° *Rétention*.— Cette rétention est même quelquefois un élément de diagnostic de la présence de ces corps dans l'intérieur de la vessie. On en comprend facilement le mécanisme avec ces volumineuses fausses membranes dont nous avons parlé plus haut et que la contraction de la vessie pousse en même temps que l'urine vers le col vésical. Mais le plus fréquemment ce sont des caillots qui occasionnent de la difficulté à uriner. En interrogeant les vieux hématuriques, il est rare de ne pas les entendre raconter le fait suivant : Un jour, au milieu d'une miction, le jet d'urine s'est brusquement arrêté, alors que le malade avait conscience que la miction n'était pas achevée. Cet accident n'est autre chose que l'effet d'un caillot lancé dans l'urèthre et qui l'obstrue. Aussi le moyen le plus simple pour obvier à cet inconvénient est-il d'uriner dans la position horizontale. Le caillot tombe dans le bas-fond de la vessie, plus profondément situé que le col et la miction peut se terminer. C'est ce que font d'eux-mêmes et avec succès les vieux hématuriques, et ce que nous devons conseiller de faire tout d'abord. Avec du repos au lit, l'usage de boissons délayantes, qui désagrègent les caillots, il est rare que cette rétention soit de longue durée.

Mais quelques caillots sont de moins bonne composition : Quelques fausses membranes même sont

plus dangereuses encore. Ils empêchent toute miction pendant un temps plus ou moins prolongé, 24 heures et plus, pouvant déterminer tous les graves accidents de la rétention. La thérapeutique employée en pareil cas est de chercher à rétablir le cours des urines par des cathétérismes et des lavages. Mais souvent ces moyens sont insuffisants. Le bec de la sonde s'embarasse et se coiffe du caillot ou de la fausse membrane qui ne permettent pas à l'urine de passer. Les enlever est le seul moyen de faire cesser la rétention. L'aspiration (telle que nous la décrirons tout à l'heure), réussit souvent, et il convient de l'employer. L'observation où des caillots avaient amené une rétention ayant duré une nuit entière et ayant cédé, ainsi que l'hématurie qui avait occasionné les caillots, à l'aspiration, est un bel exemple de son succès.

2° *Infection*. — Si le séjour prolongé des corps mous dans la vessie, dû à leur trop grand volume ou à la faiblesse des contractions de cet organe, n'y crée pas l'obstruction de l'urèthre, et n'y amène pas la rétention de l'urine, elle y favorise puissamment l'infection. Ces masses organiques en décomposition sont un foyer éminemment favorable au développement de germes microbiens. Favorisée encore par la congestion que détermine leur présence, il suffit d'un cathétérisme fait peu aseptiquement pour déterminer les redoutables effets de l'infection urinaire.

Tout se trouve à la fois pour aider au dévelop-

pement et à la virulence des microbes : milieu excellent de culture, rétention (on connaît son rôle prépondérant dans l'infection de la cavité vésicale, où toutes les conditions des cavités closes se trouvent réunies), et dans quelques cas présence antérieure de colonies microbiennes nombreuses et virulentes (cas où les corps mous sont dûs à une cystite intense).

Aussi les urines présentent-elles toujours des altérations très profondes. Elles sont troubles, ammoniacales, et dégagent une odeur nauséabonde de macération anatomique. On considérait autrefois cette odeur comme un symptôme de tumeur de la vessie. Elle ne se produit que très tard et pas toujours dans cette affection, tandis qu'elle est précoce et constante dans la cystite pseudo-membraneuse.

Voici d'ailleurs ce que dit M. le professeur Guyon dans ses cliniques des effets de l'infection que détermine la présence des fausses membranes dans la vessie :

« Le danger vient surtout des accidents septicémiques déterminés par le séjour prolongé dans la vessie d'une membrane sphacélée, putréfiée et la résorption de l'urine putréfiée qu'on rencontre toujours en pareil cas, mais il dépend aussi des lésions préexistantes de l'appareil urinaire, avec lesquelles vous aurez presque toujours à compter. Cependant, ce qui domine dans l'espèce, c'est le fait du séjour ou de l'expulsion de la membrane. Ainsi parmi les cas de

cystite pseudo-membraneuse de ma pratique, la guérison a été plus ou moins rapidement obtenue après l'expulsion complète des pseudo-membranes en un seul bloc ou par lambeaux successifs et au contraire, plusieurs des pièces que je vous ai montrées provenant de l'autopsie contenaient encore des fausses membranes plus ou moins étendues. »

3° *Hématurie*. — Lorsque les corps mous, fausses membranes ou caillots amènent de la rétention, il en résulte un état congestif de la vessie d'autant plus intense que cette rétention a duré plus longtemps. C'est un fait bien connu aujourd'hui et que des expériences faites sur des animaux par MM. Guyon et Albarran ont bien mis en lumière.

Après avoir apposé une ligature sur l'urèthre de plusieurs chiens, ils purent constater des arborisations vasculaires de la muqueuse vésicale, surtout au niveau du col du trigone. Bientôt elles firent place à de véritables taches ecchymotiques qui se transformèrent en plaques noirâtres. Plus tard cette extravasation s'étendit à toute l'épaisseur des parois vésicales, en même temps qu'elle gagnait l'uretère et les reins. La congestion alla même jusqu'à l'hématurie. C'est ainsi qu'au microscope on put constater quelques petites extravasations sanguines parenchymateuses et que l'urine des uretères fut trouvée contenant quelques globules rouges.

Cette congestion est elle-même la cause qui se

trouve à l'origine de toutes les grandes hématuries, de celles qui par leur abondance menaçaient immédiatement la vie. Tout le prouve. L'expérimentation d'abord, puisque dans les expériences citées plus haut de MM. Guyon et Albarran, on a vu la congestion s'accompagner à la fin du second jour d'hémorrhagies. Par la clinique nous savons que les néoplasmes qui saignent sont toujours ceux que les examens endoscopiques montrent hyperémiés, rouges. Peu importe qu'ils soient ulcérés ou non. Ceux qui, au contraire, sont blancs et pâles ne risquent pas de donner lieu à des hématuries ; on peut les toucher sans crainte. La preuve qu'en donne la taille hypogastrique est plus frappante encore. On a sous les yeux la vessie qui est en rétention et qui saigne abondamment. Ses veines sont volumineuses, turgescents. Un simple coup de bistouri, une boutonnière toute petite, faite à la vessie, et l'hémorrhagie s'arrête.

La rétention est vaincue, la congestion cesse, les veines s'affaissent et le sang ne coule plus.

Les caillots ne déterminent pas toujours la rétention complète, mais leur seule présence occasionne toujours de la congestion. Ils agissent d'ailleurs à la façon de tout corps étranger. La vessie s'irrite à leur contact et se contracte pour les chasser. De même que dans une cystite ordinaire, ses contractions la font saigner.

Nous avons eu surtout en vue les caillots, parce

que ce sont généralement eux qui sont la cause des hématuries. Mais les autres fausses membranes peuvent aussi les déterminer, quoique ce soit chose beaucoup plus rare. M. Guyon en a donné une observation typique dans une de ses leçons (1), à propos d'un malade porteur d'un calcul de la vessie.

« Au cours d'une poussée de cystite, ce malade a présenté pendant une semaine des hématuries presque continues et abondantes, bientôt accompagnées du rejet de larges fausses membranes. Les urines étaient ammoniacales, fétides et abondamment chargées de pus. L'état général devint bientôt assez grave pour inspirer de très sérieuses inquiétudes. Je fus au moment de pratiquer la taille hypogastrique pour mettre fin aux hématuries et aux douleurs. Néanmoins, grâce à des lavages antiseptiques répétés jusqu'à vingt fois par jour avec une persévérance et un soin particulier, chaque fois que le cathétérisme était nécessaire, le malade a guéri de sa cystite au point de revenir à la limpidité parfaite des urines et, plus tard, lorsque je l'ai débarrassé de ses calculs par la lithotritie, l'opération n'a été accompagnée ni suivie d'aucune hématurie ».

En résumé, on voit donc que l'hématurie produit les caillots et que ces caillots rendent l'héma-

(1) Guyon. Leçons cliniques sur les maladies de la vessie et de la prostate, rédigées par Guiard.

turie plus longue et plus abondante. Comme en général, ils se voient surtout dans les hématuries dangereuses et qu'ils en augmentent encore la gravité, on conçoit combien il importe d'en débarrasser la vessie au plus vite. En présence d'une semblable perte de sang qui met la vie en danger, la première thérapeutique à essayer est donc de vider la vessie, comme elle essaie de le faire elle-même, mais sans succès. C'est par l'aspiration qu'il convient de commencer. Les observations que nous donnons plus loin montrent que souvent ce moyen suffit.

4° *Formation d'un calcul.* — C'est là une complication plus rare et à échéance plus éloignée. Cependant, il n'est pas sans intérêt de rappeler que la présence dans la vessie de débris membraneux, de caillots, favorise la formation de concrétions calcaires. Ce sont autant de centres autour desquels peuvent se précipiter les principes salins. Depuis longtemps est prouvée l'influence des causes locales sur la formation des calculs. Il arrive souvent qu'au centre se trouve un corps étranger, dépôt fibrineux ou caillot sanguin. L'inflammation vésicale qui accompagne si souvent la présence de ces éléments, comme dans la cystite pseudo-membraneuse par exemple, en modifiant la réaction du milieu dans lequel l'urine séjourne, y contribue également. Dans l'urine devenue ammoniacale, alcaline, le phosphate de chaux, qui n'est soluble que dans une urine acide

ou neutre, se précipite. La décomposition de l'urée au contact de certains ferments, en particulier en présence de la mucosine du mucus vésical, fournit du carbonate d'ammoniaque, lequel, en se combinant avec le phosphate magnésien normal, produit des calculs de phosphate ammoniaco-magnésien.

Corps étranger, modification de la réaction de l'urine, il y a donc tous les éléments nécessaires à la formation d'un calcul.



MÉCANISME DE L'ASPIRATION

Que ce soit pour rendre à l'urine son cours normal, pour éviter ou diminuer l'infection vésicale, ou pour faire cesser une hématurie, il importe souvent de faire l'aspiration de la vessie pour en extraire des corps mous qui y sont retenus et qui sont la cause de tous ces troubles. C'est là généralement une opération courte et peu douloureuse. Le malade la supporte fort bien sans anesthésie, à moins qu'une lésion quelconque de ses organes urinaires n'ait créé en lui une sensibilité particulière. Il arrive, en effet, que par suite de la difficulté de l'extraction de certains de ces corps, ou par suite de l'inflammation de la vessie, on est obligé quelquefois de chloroformiser le malade. Encore s'il s'agit d'une cystite, doit-on essayer d'abord de diminuer la douleur par une injection sous-cutanée de morphine. Ce n'est qu'en cas d'insuccès de ce moyen qu'il faut donner du chloroforme, et il n'est pas besoin d'en donner beaucoup. Pourvu que la sensibilité soit rendue obtuse, que le malade ait passé à la seconde période de l'anesthésie, cela suffit.

Il n'est pas nécessaire que l'insensibilité soit plus complète, par exemple, que dans les accouchements douloureux ou dans la lithotritie, où la plupart des accoucheurs et des chirurgiens pratiquent seulement la chloroformisation selon la méthode dite à la reine. Et même au cas de lithotritie, il peut arriver que le malade étant peu endormi, sa vessie réagisse sans qu'il en ait conscience et gêne l'opérateur, ce qui oblige alors à faire l'anesthésie complète. Mais si ces contractions de la vessie se produisent pendant une aspiration, elles ne peuvent, si elles ne sont pas douloureuses pour le malade, qu'être favorables au résultat de l'opération, puisqu'elles tendent à chasser elles-mêmes les corps que l'on veut extraire.

Avant de décrire le mécanisme de l'opération elle-même, il est bon de faire une remarque importante. De toutes les opérations qui ont lieu sur les organes urinaires en général, et la vessie en particulier, une antisepsie rigoureuse est nécessaire. Mais là, peut-être plus encore que dans n'importe quelle autre circonstance, il importe d'être propre. On se trouve en effet en présence d'une vessie qui présente toutes les conditions les plus favorables pour la réceptivité et le développement des microbes. D'abord elle est en rétention, et tel microbe qui ne déterminerait pas d'accident en pénétrant dans une vessie normale, causera une infection redoutable dans une vessie qui ne se vide pas ou qui se vide mal.

La réplétion des vaisseaux, la congestion de tout le système urinaire y prédispose également. Enfin, la présence du sang constitue au milieu éminemment favorable à la pullulation des micro-organismes. Plus que dans n'importe quelle circonstance, il faudra donc veiller à être parfaitement antiseptique, et à ne pas apporter l'étincelle sur un milieu tout prêt à se transformer en un brasier ardent.

Instrumentation. — Pour faire l'aspiration des corps contenus dans la vessie, il faut deux sortes d'instruments : une sonde qui pénètre dans l'organe et un appareil qui fasse le vide nécessaire.

Sondes. — On ne peut avoir recours à toutes les sondes en usage dans la thérapeutique urinaire. Celles notamment qui sont en caoutchouc vulcanisé ne peuvent être utilisées : dès que l'aspiration s'exerce, la pression atmosphérique extérieure aplatit la sonde qui n'est plus assez forte pour résister et l'obstrue. D'ailleurs, elle n'a qu'un seul œil, grave défaut comme nous le verrons tout à l'heure.

La sonde béquille en gomme peut servir dans certains cas, lorsque par exemple, il n'y a que des caillots petits et peu nombreux dans la vessie. Elle ne se laisse pas aplatir par la pression atmosphérique, mais l'exiguité de son calibre fait que dans maintes circonstances elle convient moins bien que la sonde métallique.

Celle-ci peut en effet, être faite de dimension

considérable sans que sa solidité en souffre. Les parois pouvant être très minces à cause de la résistance du métal, le calibre intérieur y gagne. Le baron Heurteloup les avait imaginées pour faire l'aspiration des graviers, après la lithotritie, et les avait dénommées du nom significatif de videurs : ce sont encore elles qui présentent les meilleures conditions pour faire l'aspiration des corps mous. Leur calibre varie du n° 21 au n° 26. Leur courbure est celle d'un arc de cercle de près de 11 cm. de diamètre (10 cm. 6). L'un des principaux avantages de cette sonde, outre son grand calibre, est la présence, à la partie la plus rapprochée de son extrémité de deux yeux, larges et ouverts vis-à-vis l'un de l'autre. Le bord de ces ouvertures est un peu tranchant, mais le mandrin qui entre à frottements doux dans la sonde et s'adapte à sa forme, grâce à sa flexibilité, garnit ces orifices qui ne peuvent plus blesser le canal.

M. le professeur Guyon a augmenté encore sa sphère d'action en apportant une modification dans sa courbure. Telle que la contruisait Heurteloup, on ne peut guère lui faire parcourir que quelques centimètres dans la vessie. Tandis qu'avec une faible courbure, comme celle qui lui est donnée, on peut la transporter dans tous les points où l'aspiration doit être faite. Cependant il est bon d'être prévenu que dans quelques cas, cette sonde peut s'obsturer facilement. C'est lorsqu'on l'emploie par exemple chez

un malade qui a une prostate volumineuse. Les yeux sont placés près de l'organe hypertrophié et peuvent être obstrués par lui. On voit alors la vessie se distendre chaque fois que l'on introduit du liquide. Pour que la sonde fonctionne bien, il faut que lorsqu'on vient d'injecter une certaine quantité d'eau, il en ressorte autant. On peut donc en la faisant pénétrer plus ou moins bien, observer dans quelle position le courant est le plus fort et déterminer ainsi facilement comme il convient de la placer.

Il suffit généralement d'employer le calibre n° 21. Mais si le canal est assez large, on peut sans crainte employer un numéro supérieur, tout en évitant de le faire pénétrer avec trop de force. S'il est rétréci, on peut avoir recours à la dilatation ou à l'uréthrotomie suivant les cas.

Aspirateur. — On ne peut employer pour cet usage l'aspirateur Bigelow modifié par Duchâtelet. L'aspiration qu'il produit ne serait pas suffisante. M. Courtade a déterminé en effet, à l'aide d'un manomètre que la poire en caoutchouc renforcée de Bigelow, ne produisait pas un vide de plus de 0 c. 15 à 0.20 de mercure. La seringue à anneaux, telle qu'on l'emploie couramment pour les injections est beaucoup plus efficace, et c'est celle que l'on emploie généralement.

Introduction de la sonde. — Les instruments étant choisis, bien aseptisés, le canal lavé, un coussin placé

sous le siège (ce qu'on ne doit jamais oublier de faire quand on fait usage de sondes métalliques) on pratique le cathétérisme selon la technique indiquée par M. le professeur Guyon.

La verge saisie de la main gauche, l'instrument tenu de la droite, comme une plume à écrire, est présenté parallèlement à l'aine gauche. On l'introduit dans la portion pénienne en le poussant et en attirant la verge. A mesure qu'il pénètre, on le ramène doucement vers la ligne médiane de façon qu'il y soit en même temps qu'il arrive à la région périnéale. En tirant sur la verge, on fait pénétrer la sonde dans l'orifice membraneux. La main qui le guide en a la sensation. Pour faire franchir à l'instrument la courbe profonde de l'urèthre, il ne reste plus qu'à l'abaisser sans violence, en se laissant guider par les sensations que l'on perçoit.

La sonde étant en place, et si la vessie n'est pas distendue, on y fait pénétrer du liquide, de façon à se rendre compte, ainsi qu'il a déjà été dit plus haut, de la position qui lui convient le mieux. Si la vessie est déjà en rétention, on ne fait pas d'injection, ou bien on ne les emploie que fort discrètement et l'on procède sans retard à l'aspiration.

Aspiration.— La seringue est débarrassée de son embout pour rendre le contact plus intime, et appliquée sur la sonde, le piston en bas. Elle est maintenue énergiquement dans cette position par l'opéra-

teur. L'aide attire alors le piston à lui. Il doit le faire sans brusquerie, mais d'une manière soutenue, de façon que l'aspiration soit lente, et que les corps mous arrivent petit à petit, au lieu d'être attirés en bloc et de se tasser. Ils risquent moins de cette façon d'obstruer la sonde et la canule. Il arrive cependant fréquemment que les efforts à faire deviennent plus considérables : on a la sensation qu'il y a un obstacle, un corps qui fait bouchon. On le recherche d'abord dans la seringue. S'il n'y est pas, on injecte un peu de liquide tiède dans la sonde, on y passe le mandrin et si, de cette façon, on ne parvient pas à le chasser, il faut retirer la sonde pour la nettoyer avant de la remettre. Tant que le liquide introduit ne ressort pas franchement, c'est qu'il y a des caillots et qu'il faut aspirer encore. On termine enfin l'opération par un grand lavage de liquide très chaud, car il n'est pas indiqué, comme tout à l'heure, d'employer de l'eau tiède dans le but d'augmenter la souplesse et le peu de résistance des caillots.

Une seule aspiration suffit quelquefois (Obs. V). Plus souvent, il en faut deux, trois et même davantage. Il y a des malades qu'il est nécessaire d'y soumettre pendant des mois pour arriver à enlever les caillots et les fausses membranes qui se forment sans cesse.

Sonde à demeure à la suite. — En lisant nos observations on verra que souvent l'on a fait suivre

l'aspiration du placement d'une sonde à demeure. C'est là, en effet, un bon complément de cette opération. Si la sonde n'est pas toujours nécessaire (Obs. V), elle est souvent utile et ne nuit jamais quand elle est bien placée et bien entretenue. Ses effets ont été bien étudiés, notamment dans le mémoire de MM. Guyon et Michon (1). En s'appuyant sur 56 observations prises dans les salles de l'hôpital Necker, ils ont montré son efficacité contre l'infection et l'hématurie. Il sera donc bon de l'employer pour continuer les effets de l'aspiration et quelquefois pour les achever. « La sonde à demeure, disent-ils, met la vessie à l'état de repos, et l'on sait que c'est l'une des conditions les meilleures de l'arrêt des hématuries. »

Elle continue l'action de l'aspiration et empêche souvent aux caillots de se reformer, quand ils ont été enlevés. L'hématurie qui semblait guérie peut réparaître lorsqu'on la supprime. M. le docteur Gabriel Collin en a signalé un exemple intéressant qu'il a observé chez un de ses malades (2).

Quelquefois même, la sonde à demeure achève l'action de l'aspiration. Elle arrête l'hématurie alors que celle-ci n'avait pu le faire. MM. Guyon et Michon en ont signalé un cas dans leur mémoire. « Il s'agis-

(1) Guyon et Michon. — De la sonde à demeure. Année, 1895. (Annales des maladies des organes des voies urinaires.

(2) Gabriel Collin. — Annales des mal. des org. des voies urinaires. Année 1897.

sait d'une hématurie vésicale due à un néoplasme. Ce sujet fut infecté pendant un examen endoscopique ; il était alors en pleine hématurie depuis 3 semaines. La fièvre se déclara le lendemain de la manœuvre et atteignit 40°. Pendant 4 jours nous fîmes de grands lavages avec la solution de nitrate d'argent au 1000° et nous procédâmes à propos de chaque lavage à l'évacuation des caillots. La persistance de la fièvre fut la raison déterminante de la pose de la sonde à demeure, et dès lors, ainsi que l'indique le tracé, la défervescence commença et continua pour s'achever le sixième jour. L'hématurie cessa dès la troisième, après avoir été, elle aussi, régulièrement décroissante. Il y eut donc dans ce cas complexe « une double action de la sonde à demeure » qui détermina simultanément : la cessation de la fièvre et celle de l'hématurie. »



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Le nommé L..., retraité, âgé de 63 ans, entre le 4 juin 1898 salle Velpeau. Dans ses antécédents, on ne relève qu'une blennorrhagie à l'âge de 23 ans, guérie au bout de 3 mois.

Depuis 7 ans environ, il urine fréquemment : 6 à 8 fois le jour, 2 fois la nuit. Les mictions sont légèrement douloureuses et nécessitent des efforts. Il n'a jamais eu d'hématurie sauf il y a 8 jours, à la suite d'un cathétérisme. Le jet d'urine est mince et sans force.

Depuis 15 jours, les mictions sont devenues encore plus fréquentes (toutes les 5 minutes environ), plus douloureuses et plus difficiles (le malade n'urine plus que goutte à goutte).

Examen. — Le canal présente une série d'anneaux dans l'urèthre antérieur. Au niveau de la région périnéo-bulbaire, il est rétréci au point de n'admettre qu'une bougie filiforme.

La prostate est un peu grosse, se prolongeant à droite. Sur la paroi postérieure de la vessie, entre les

deux vésicules séminales, on a la sensation d'un léger épaissement, d'un plastron de péricystite. Le globe vésical remonte jusqu'à mi-chemin de l'ombilic.

Les urines sont purulentes et légèrement sanguinolentes.

6 juin. — Uréthrotomie interne par M. le professeur Albarran :

Instillation de cocaïne à 1/100.

Section de la partie supérieure du canal à l'aide de la lame 23 de l'urethrotome Albarran.

Section de la partie inférieure du canal à l'aide de la lame 22.

Section de la partie latérale du canal à l'aide de la lame 22.

Sonde n° 27 laissée à demeure.

Le 15 juin, la sonde ne fonctionnant plus, on fait l'aspiration et on retire une fausse membrane.

Le 16 juin. On remet la sonde à demeure. On est obligé de faire fréquemment l'aspiration et de changer la sonde qui s'oblitére.

Le 21 juin on retire par l'aspiration une fausse membrane blanchâtre, avec parties sphacélées et noires.

27 juin. — On enlève la sonde, qui n'a plus été oblitérée depuis que la dernière fausse membrane a été enlevée.

6 juillet. — La vessie a une contenance de 160 gr. Le malade rend encore quelques fausses membranes blanchâtres. Les mictions ne sont plus ni fréquentes ni douloureuses. On commence la dilatation.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. Gosset, ancien interne de la Clinique des voies urinaires, interne, médaille d'or, prosecteur de la Faculté.

D... , âgé de 67 ans, menuisier, entre à Necker le 28 octobre 1897, salle Velpeau, lit n° 20, dans le service de notre maître, le professeur Guyon.

Il est depuis la veille en rétention complète, avec un globe vésical qui remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et on lui met à demeure, dès son entrée dans le service, une sonde béquille n° 18. L'examen du malade montra que le canal était absolument libre, ce qui concordait bien avec l'absence de tout antécédent pathologique uréthral révélée par l'interrogatoire, que la prostate avait un volume normal et même relativement petit, étant donné l'âge du sujet. La palpation des reins restait négative et on se trouvait en somme en face d'un cas banal d'infection vésicale, sans participation des reins, sans phénomènes digestifs, sans élévation de température, en un mot, sans intoxication générale; avec cette seule particularité que l'infection vésicale atteignait un degré extrême.

Les urines recueillies avec la sonde étaient fortement troubles et surtout exhalaient une odeur ammoniacale avec fétidité extrême, rappelant tout-à-fait l'odeur de macération anatomique. La sonde à demeure fut laissée pendant quarante-huit heures

avec, pendant ce temps, de grands franges à l'eau bouillie et au nitrate d'argent, et lorsque au milieu du changement elle fut devenue tellement modifiée, tellement nouvelle, ramollie et étendue dans toute la partie lésée en contact avec l'urine, qu'elle n'était plus capable de résister dans un bain d'eau. Les attentions des sœurs lésées à domicile étaient telles qu'elles étaient obligées de les remplacer d'urgence, et lorsque les elles présentaient les mêmes traces de ramollissement et de désagregation.

Malgré les franges au nitrate d'argent, puis au nitrate les urines devenaient troubles et fétides, d'une fétidité horrible et quelques jours après l'écoulement dans le sérum, un nouveau signe, sans s'expliquer, la présence de fausses membranes dans l'eau des franges. C'étaient des fausses membranes grises, épaisses, par intermittences, mais assez étendues pour gêner l'évacuation, et lorsque l'écoulement pour éviter la vessie le processus que Monsieur Clouet a préconisé dans le cas d'hémorrhagie résulte avec beaucoup de succès. L'aspiration ne réussit ni à temps.

Le 10 novembre, l'évacuation de contenu est, il n'est plus possible avec les sondes en gomme. Il s'écoule bien parfois quelques gouttes d'urine, mais rapidement cesse brusquement et l'aspiration ne réussit pas. L'aspiration de la sonde ne réussit pas à l'écoulement et l'aspiration ne réussit pas à l'écoulement et le 11 novembre lorsque Notre Maître s'élève au 11 octobre, il est constaté que la sonde est grave. Il ne s'est pas écoulé d'urine par la sonde depuis 24 heures, et cependant la sonde bouillie, même après plusieurs heures au nitrate d'argent.

quantité de solution boriquée, ne ramène rien. M. Guyon introduit la sonde évacuatrice qui pénètre très facilement; il ne s'écoule absolument rien, mais en retirant la sonde sans l'avoir munie de son mandrin, il ramène une fausse membrane enroulée dont une partie se trouvait engagée dans un des yeux de la sonde. La sonde évacuatrice est introduite une seconde fois et l'aspiration ne ramène que quelques gouttes de liquide. Les mêmes manœuvres plusieurs fois répétées ne parvenant pas à vider la vessie qui contient cependant du liquide puisque son globe dessine sous la paroi abdominale très mince sa saillie sphérique dont le pôle atteint presque l'ombilic, M. Guyon décide de pratiquer la vessie.

Opération. Le malade est endormi au chloroforme et la taille hypogastrique est pratiquée par le Dr Genrouville, chef de clinique, avec l'aide de M. Gossot, interne du service. La paroi abdominale est très mince, la couche cellule-graisseuse superficielle est réduite au minimum et en ouvrant le feuillet postérieur de la gaine postérieure des droits, on ouvre en même temps la vessie dont l'adhérence à la paroi est des plus intimes. Immédiatement s'échappe un flot d'urine extrêmement fétide et l'ouverture vesicale est rapidement agrandie sans qu'il soit nécessaire de placer des fils suspenseurs, puisque paroi abdominale et vessie sont intimement fusionnées.

Les parois vesicales ne sont pas épaissies. Par la plaie, sort l'extrémité d'une fausse membrane enroulée sur elle-même et qui tapisse presque complètement tout l'intérieur de la vessie.

Après évacuation complète du contenu de la

vessie; on peut apercevoir sa surface interne. Celle-ci est irrégulière, chagrinée, très congestionnée et saignant au moindre contact. Au niveau du trigone, la surface vésicale paraît peu altérée.

Drainage de la vessie au moyen des drains de Guyon.

Température le soir de l'opération : $38^{\circ}2$.

Dans la journée, 1,000 grammes de sérum artificiel en injection sous-cutanée.

12 novembre. — Température du matin : $37^{\circ}4$.

Meilleur état général. Le malade n'a pas dormi pendant la nuit, mais il a été moins agité. — Grand lavage vésical au nitrate d'argent, à 1/1000.

1,000 grammes de sérum artificiel.

13 novembre. — Etat stationnaire.

500 grammes de sérum artificiel en injection sous-cutanée.

14 novembre. — Les drains, depuis l'opération, n'ont pas fonctionné spontanément. Ils permettent très bien les lavages, mais ne fonctionnent pas dans l'intervalle. L'eau des lavages revient très chargée et fétide. Dans ces conditions on met dans l'urèthre une sonde à demeure, pour voir si la sonde fonctionnera plus utilement que les drains.

15 novembre. — Amélioration notable dans l'état général du malade. Râles de congestion à la base droite. La sonde à demeure, mise la veille, fonctionne régulièrement.

17 novembre. — On change la sonde à demeure. L'extrémité de la sonde, en contact avec l'urine vésicale, est fortement ramollie et noircie (comme avant la cystotomie).

18 novembre. — On enlève les tubes vésicaux, qui ne fonctionnent pas et on laisse un petit drain dans la plaie abdominale. Au moment du pansement, il s'échappe par la plaie hypogastrique un fragment de membrane (ce sera le dernier qui sera éliminé).

21 novembre. — Les urines sont encore légèrement troubles mais elles n'ont plus l'odeur fétide du débût. Les sondes à demeure, changées tous les deux jours, ne sont plus, comme précédemment *attaquées* par l'urine.

Du 21 novembre au 8 décembre, l'état général s'améliore progressivement, les urines sont légèrement troubles, mais la fistule hypogastrique persiste sans aucune tendance à la fermeture spontanée. Dès que l'on supprime la sonde, le contenu vésical se vide par l'épigastre.

8 décembre. — Chloroforme, avirement au bistouri des lèvres de la fistule et suture au fil d'argent.

13 décembre. — La sonde a cessé de fonctionner dans la nuit, et l'urine a de nouveau passé par la fistule.

A la fin de février 1898, le malade conservait une petite fistule hypogastrique, par laquelle s'écoulait une partie de l'urine.

OBSERVATION III

Hy. Prostat. Hématurie. Aspiration.

Le nommé S..., âgé de 69 ans, marchand, entre le 20 février 1899, salle Velpeau.

Il n'a jamais été malade jusqu'au mois de septembre 1898. A cette époque, il remarqua qu'il urinait difficilement, en même temps que ses mictions devenaient douloureuses. L'urine était trouble ; les besoins d'uriner fréquents, impérieux. Le 8 septembre il eut un accès de rétention qui dura deux heures et pour lequel il alla se faire sonder à l'hôpital Saint-Louis.

A partir de ce jour, et pendant trois mois, il alla régulièrement à Saint-Louis, où on le sonda et où on lui fit des lavages. Son état resta à peu près le même, ce qui lui fit cesser tout traitement.

Le 1^{er} janvier, il vient consulter à l'hôpital Necker, salle de La Terrasse. Les mictions sont de plus en plus douloureuses, toujours très fréquentes. Le malade n'urine que goutte à goutte. A la fin de la miction, il a la sensation que sa vessie n'est pas vide.

A l'examen on constate que le canal est libre. La traversée prostatique est longue et saillante. Les urines sont troubles. La capacité de la vessie est de 300 gr. La prostate est grosse, régulière, saillante.

On fait au malade quelques lavages au nitrate d'argent à 1/1000.

Quelques jours après, à la suite d'un examen cystoscopique, il est pris d'une assez forte hématurie. Le sang s'échappe en dehors des mictions et colore fortement le premier jet. Elle se calme dans la soirée.

Cette hématurie reparait quelques jours après, à la suite d'un lavage. Elle s'arrête le lendemain.

Le 19 février, elle se montre de nouveau. L'urine contient outre du sang, de nombreux caillots. A cause de la gravité de l'hématurie, d'une légère fièvre, de ses urines troubles, le malade entre à la salle

Velpeau, où on lui fait le soir même et le lendemain matin une évacuation des caillots, par l'aspiration vésicale. On lui met en outre une sonde à demeure.

L'hématurie cesse immédiatement et la fièvre tombe en quelques jours.

Au bout de 8 jours on enlève la sonde à demeure. Les urines du malade sont claires et son état général est excellent.

OBSERVATION IV

M. X..., pensionnaire à la Maison de la Rochefoucault, ayant joui jusqu'à ce jour d'une bonne santé, est pris vers le commencement de février 1899, d'envies fréquentes d'uriner. Il n'a pas remarqué que ses mictions fussent plus difficiles que d'habitude, mais il urine très souvent le jour, et est obligé de se relever plusieurs fois la nuit. Son souvenir est confus, on ne peut exactement savoir quels ont été les troubles qu'il a éprouvés, mais on a essayé de le sonder dehors et il saigné à la suite d'une fausse route. On constate qu'il est en rétention complète : le globe vésical remonte jusqu'à l'ombilic. Son état général est très mauvais, presque voisin du coma. Il ne comprend aucune des paroles qu'on lui adresse et n'a aucune connaissance du lieu où il est, ni de ce qui lui est arrivé.

M. Heresco, interne du service, le sonde alors avec une sonde à béquille sur mandrin, et comme l'évacuation des caillots ne se fait pas bien, il introduit la sonde métallique évacuatrice, celle qui sert à

la lithotritie. Les caillots sont aspirés, une sonde mise à demeure.

Une amélioration sensible se montre aussitôt. Le sang diminue rapidement, et a disparu deux jours après. L'état général devient vite suffisamment bon, et le 1^{er} mars, le dernier jour où nous l'avons vu, le malade ne se plaignait plus de rien et ne demandait qu'à retourner à la Rochefoucauld.

OBSERVATION V

Le nommé S..., âgé de 31 ans, entre le 1^{er} février 1899 salle Velpeau.

Il a présenté :

1^{re} blennorrhagie à 20 ans, qui a duré un mois 1/2. Soignée par tisanes, capsules de sautal. Pas de goutte à la suite.

A 23 ans, chancre de la rainure balano-préputiale, soigné au midi par protoiodure d'hydrargyre et iodure de potassium. Accidents spécifiques divers, croûtes dans les cheveux, éruption à la paume de la main, à la plante des pieds.

2^{me} blennorrhagie à 25 ans, qui a duré un mois. Vers le 10^e jour de la maladie, orchite légère : le malade ne cesse pas un moment de travailler. Guérison sans goutte consécutive.

Depuis deux ans, lorsque le malade urine, il éprouve quelques picotements dans le canal. Il y a un an environ, ces picotements étant devenus plus intenses, il presse sur sa verge et aperçoit une goutte le matin. Il prend alors des injections au perman-

ganate et la goutte disparaît momentanément. Elle reparait de nouveau, il y a trois mois. Le malade est alors soigné chez M. Desnos où on lui fait des instillations de protargol (8 à 10). L'écoulement n'a pas cessé complètement, mais est devenu plus clair, et de moindre importance.

Le malade urinait sans difficulté, cinq à six fois par jour, jamais la nuit, toujours sans douleur. Les urines étaient claires, sans contenir jamais de sang.

Malgré cela, dans le service de M. Desnos on lui a fait plusieurs séances de dilatation. On a commencé par introduire une sonde métallique, n° 36, puis la seconde fois le 36 et le 38, la troisième fois, le 41 et le 44, la quatrième fois, le 44 et le 45.

Le 31 janvier, le malade retourne se faire dilater et on lui passe de nouveau le n° 45. Mais la sonde entre avec plus de difficulté et de douleur que la première fois. Le canal saigne légèrement. On fait de nouveau une instillation de protargol, et le malade retourne chez lui. Trois heures après, il est pris du besoin d'uriner, cherche à contenter son envie, mais ne peut y arriver. Il force et parvient à faire sortir quelques caillots, ce qui lui permet de vider sa vessie.

Deux heures après, nouveau besoin, nouveaux caillots. Une heure $1/2$ après il essaie de nouveau d'uriner, et ne peut pas. Avec des efforts il fait sortir quelques gouttes de sang, mais ne peut éliminer les caillots. La nuit il essaie encore plusieurs fois d'uriner : il n'arrive qu'à chasser quelques gouttes quand il réussit à expulser un caillot.

Le lendemain matin (1^{er} février) il vient à la consultation de la Terrasse, se plaignant de ne pouvoir uriner.

La vessie dépasse légèrement le pubis.

Une sonde de Nélaton est introduite facilement. Elle livre passage à quelques gouttes d'urine rouge.

On introduit alors une sonde en gomme, et avec une seringue à anneaux on fait l'aspiration : on ne retire que de petits caillots.

Le videur de Heurteloup n° 21 est alors introduit, L'aspiration est de nouveau tentée et fait sortir tout d'abord un caillot brun foncé du volume d'une grosse noisette. D'autres caillots plus petits sont encore aspirés. Comme ils obstruent la sonde, on fait plusieurs injections boriquées. En alternant aspiration et lavage, on fait sortir environ 250 grammes de caillots. Ils sont de deux espèces : les uns, et ce sont les plus nombreux, sont bruns foncés, ressemblant nettement à du sang coagulé. Les autres sont plus pâles, présentant de nombreuses ramifications, paraissant fibrineux.

Le malade est ensuite couché sur un brancard, dans la salle Velpeau. Il fait encore sortir en urinant, quelques caillots, mais ceux-ci deviennent de moins en moins nombreux. A trois heures de l'après-midi, il n'y a plus dans l'urine ni sang ni caillots.

2 Février. — Le malade n'urine plus de sang. L'urine est claire avec quelques filaments.

OBSERVATION VI

Le nommé B..., comptable, âgé de 41 ans, entre le 15 juillet 1897, salle Velpeau. Il n'a jamais eu de blennorrhagie ni d'autre maladie vénérienne.

En 1894, sans cause apparente, il éprouva un jour une extrême difficulté à uriner et remarqua que ses urines étaient sanguinolentes. Cet état de choses dura un jour et une nuit, puis ces troubles disparurent d'eux-mêmes.

Depuis cette époque, à des intervalles variant entre 2 et 4 mois, il eut plusieurs petites hématuries au commencement de la miction. Ces hématuries ne se montrèrent que pendant une seule miction, puis disparurent spontanément : elles n'étaient pas constituées par du sang pur, mais l'urine était seulement rosée au commencement de la miction.

Le 14 juillet 1897, après un bain froid, il eut une nouvelle hématurie totale. Il fut pris le soir du même jour de rétention et d'incontinence par regorgement.

Le 15 juillet. — Un médecin le sonda et retira de l'urine sanglante et des caillots de sang. Les hématuries continuant le malade se décida à entrer salle Velpeau.

A son arrivée à l'hôpital, il saigne abondamment et a la vessie distendue. M. Pouquet, interne du service, met la sonde évacuatrice et pratique l'aspiration des caillots. Comme le malade est dans un état d'anémie extrême, on lui fait une injection d'un litre de sérum.

Le 16 juillet, nouvelle aspiration et injection d'un litre de sérum.

Le 17 juillet, nouvelle aspiration et injection d'un litre de sérum.

Le 18 juillet, nouvelle aspiration et injection d'un litre de sérum.

Le malade rend avec les caillots des débris de tumeur épithéliale.

Le 19 juillet, la fièvre monte à 39°2. L'hématurie persistante a beaucoup affaibli la malade.

On lui fait la taille hypogastrique.

L'état est précaire jusqu'au 24 juillet. A partir de ce moment, il va de mieux en mieux et sort le 2 janvier, guéri.

OBSERVATION VII

Le nommé V..., caissier, âgé de 63 ans, entre le 22 décembre 1894, salle Velpeau. Il fut malade pour la première fois, il y a un an, époque à laquelle il fut pris d'hématurie avec caillots, sans rétention. Cette hématurie était toujours initiale, ne déterminant ni douleur ni fréquence de la miction. Elle dura trois jours et disparut sans que le malade ait fait de traitement.

Depuis un mois, il remarque qu'il urine plus souvent qu'avant, qu'il est obligé de se relever la nuit.

Il y a deux jours, il se remit de nouveau à uriner du sang. Le soir, il n'urina que quelques gouttes, et le lendemain, il était en rétention complète. Il se présente à la consultation, où il fut examiné et sondé pour la première fois.

On trouva la vessie distendue et remontant à 4 travers de doigt au dessus du pubis. L'urine évacuée était totalement colorée en noir et contenait des caillots.

Le soir même, le malade, qui avait refusé d'entrer à l'hôpital, ne put uriner, et son médecin fut obligé de le sonder.

Le 22 décembre, le malade revient à la Clinique et entre dans le service.

Le 23, l'hématurie totale persiste. On fait à deux reprises l'évacuation des caillots. L'hématurie continue.

Le 24, M. Guyon examine le malade.

La vessie est encore distendue. Une sonde molle introduite dans la vessie ramène des urines totalement chargées de sang et de caillots.

M. Guyon fait alors avec la sonde évacuatrice une aspiration à la seringue qui ramène une grande quantité de caillots et quelques fragments néoplasiques.

26 décembre. — Depuis l'aspiration, l'hématurie n'a pas reparu. L'examen des fragments retirés par l'aspiration montra qu'ils provenaient d'un épithélioma.

Le malade fut opéré le 9 janvier 1895 et sortit guéri le 11 février de la même année.

OBSERVATION VIII

Le nommé P..., Jean, employé, 53 ans, entre le 27 novembre 1893, salle Velpéau. Il n'a jamais été malade antérieurement au mois de janvier 1891, époque où il eut une hématurie, consécutivement à

Lamard

une attaque d'influenza compliquée de rhumatisme. Cette hématurie était terminale, peu abondante. Elle dura pendant un an, avec des intervalles de guérison de 15 jours à 3 semaines.

En janvier 1892, le malade vient à l'hôpital pour une hématurie très forte, qui a nécessité une *aspiration des caillots*. Il retourna chez lui guéri et est resté sans pisser de sang jusqu'au mois de mai 1893. Une seule fois, il revit du sang dans ses urines, après un repas de noce.

Le 14 novembre dernier, il fut repris de nouveau, le lendemain d'une journée passée en courses. Depuis, l'hématurie a persisté avec des intermittences. Elle est capricieuse, plus abondante, terminale. De grands efforts sont nécessaires pour uriner. Les mictions sont très fréquentes, même la nuit; ces accidents disparaissent dans les périodes de calme et semblent être dûs à la présence de caillots.

Le 8 décembre, le malade se plaignant d'uriner encore plus difficilement, on lui fait une *aspiration vésicale*. On ne retire rien tout d'abord, mais la sonde est néanmoins bouchée. A la fin, on parvient à faire sortir un *morceau de tumeur*.

Ce malade fut ultérieurement opéré d'une tumeur pédiculée de la vessie, et sortit de l'hôpital guéri, le 15 janvier 1896.

OBSERVATION IX

Le nommé D..., tourneur, 34 ans, entre salle Velpeau, le 26 septembre 1893. Il eut, à 22 ans; une blennorrhagie suivie d'une sciatique gauche, et de douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne droite.

Il y a 10 ans, il eut encore une orchite traumatique. Dans les premiers jours de septembre 1893, il se mit à uriner du sang, abondamment, mais sans douleurs, ni fréquence. C'est la persistance de cette hématurie qui le fait entrer à l'hôpital. Il a tant de difficulté à uriner, par suite de la présence de caillots, qu'on est dans l'obligation d'en faire l'aspiration. Le sang continue à être émis en grande abondance. L'état général devient si mauvais qu'on se demande s'il ne convient pas de faire la taille hypogastrique.

13 octobre. L'aspiration a fait disparaître l'hématurie qui ne reparait plus.

Le malade qui fut reconnu porteur d'un néoplasme de la vessie, fut opéré le 6 décembre 1893, et sortit guéri le 22 février 1894.

OBSERVATION X

Le nommé R..., âgé de 71 ans, entre salle Velpeau, le 26 novembre 1898, au numéro 38.

On ne relève rien dans ses antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels, il ne présente à signaler qu'une blennorrhagie vers l'âge de 40 ans, qui a été mal soignée et qui a récidivé deux ou trois fois.

Il n'a éprouvé les premiers symptômes de l'affection qui le conduit à l'hôpital qu'en 1896 (il y a 3 ans). A cette époque, il eut, spontanément, une hématurie qui dura 4 jours. Toutes les mictions étaient sanglantes, au commencement et à la fin — mais plus à la fin. Elle cessa brusquement, pour reparaitre 6 mois et deux ans après, avec les mêmes caractères.

Il y a 3 semaines, l'hématurie reparut encore et n'a pas cessé depuis ce jour jusqu'à aujourd'hui. Elle est spontanée, indolore, totale, avec urines plus colorées à la fin. Elle va toujours en augmentant d'intensité, et plusieurs fois le malade a remarqué qu'elle s'accompagnait de caillots.

Il a remarqué aussi que depuis quelque temps il urine plus souvent qu'auparavant. Depuis 4 ou 5 jours, il éprouve au début et à la fin de la miction, une légère douleur. Le jet a diminué d'intensité, et le malade est obligé de faire parfois des efforts pour uriner.

La veille de son entrée à l'hôpital, il fut pris d'une impossibilité complète d'uriner qui ne se termine que le lendemain, grâce à un sondage qu'on lui fit.

L'examen du canal fit constater l'existence d'anneaux sur la longueur de l'urèthre antérieur. La prostate et les reins ne présentent rien d'anormal.

Une sonde est introduite dans la vessie, mais il ne s'échappe pas d'urine. On la retire et on constate qu'elle est obstruée par un caillot.

Le premier décembre. — On fait l'uréthrotomie interne.

L'hématurie disparaît, mais se montre de nouveau quelques jours après. La miction est difficile à cause des caillots. On les opère deux jours de suite, à l'aide d'une seringue et d'une sonde. Le sang disparaît des urines.

Un nouvel examen fait avant le départ du malade, montre que la prostate s'est modifiée. Elle est dure, bosselée, et semble avoir un prolongement vers la gauche.

Le malade sort vers la fin du mois de janvier sans avoir revu, depuis l'aspiration qui lui a été faite, de sang dans ses urines.

OBSERVATION XI

Gabriel Colin. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, année 1897, p. 182.

M. C..., prostatique, se soigne depuis 6 ans pour sa vessie, mais son traitement n'a été ni bien surveillé ni régulièrement suivi ; les sondages en particulier sont faits sans méthode, sans précautions antiseptiques. Aussi y a-t-il de la cystite chronique, avec des urines fétides. En avril 1896, le malade a vu apparaître une quantité inaccoutumée de sang, soit dans ses mictions, soit au moment des sondages. Le premier mai, le malade me fait appeler ; il a perdu du sang tous les jours précédents, il n'a rien changé à sa façon de se soigner et l'éclosion des phénomènes con-

gestifs graves et d'une hématurie importante n'a pas été prévenue.

Dans la nuit du 30 avril au premier mai, le malade a eu une hémorrhagie considérable, ayant de fréquentes mictions de sang, avec des caillots. Lorsque j'arrive auprès du malade, je le trouve agité anxieux et angoissé ; son vase de nuit est à demi rempli d'une urine sanguinolente et putride, ses draps sont inondés de sang. Assis sur son lit, le malade est obligé de se lever à chaque instant pour émettre, au prix de douleurs vives, quelques gouttes de sang et des caillots ; lorsqu'il se lève, en proie à une agitation fébrile, ceux-ci tombent autour de lui « comme des sangsues. »

La vessie est distendue ; j'introduis une sonde béquille n° 24, il s'écoule une abondante quantité de sang mêlé de caillots, j'évacue ceux-ci par une *aspiration* énergique avec la seringue et je remplace au fur et à mesure par de l'eau boricuée l'urine sanguinolente qui distendait la vessie. Je mets ensuite à demeure une béquille n° 20, en faisant toutes mes recommandations à l'entourage du malade sur la façon d'assurer le fonctionnement régulier de la sonde et d'en éviter l'obstruction.

Je prescris un régime très reconstituant, le malade étant anémié et déprimé, avec un pouls faible ; quinquina, injections de sérum artificiel, etc. Toute la journée l'urine sort teintée de sang, mais la coloration rougeâtre va en diminuant progressivement.

Le soir, j'évacue encore quelques caillots, le malade se sent très soulagé, une piqûre de morphine assure une assez bonne nuit.

2 mai. — Le matin, urines encore un peu rouges, quelques caillots sont encore évacués. La journée se passe bien, le soir, les urines sont simplement rosées. Dans la nuit, le malade est réveillé par une douleur assez vive avec envies d'uriner ; il voit du sang et des caillots s'échapper de son urèthre et lorsque j'arrive le 3 mai au matin, je constate la reprise de l'hématurie et de la congestion intense de l'avant-veille.

Nouvelles douleurs, nouvelle angoisse, nouvel écoulement de sang et de caillots au prix d'épreintes vives et d'efforts douloureux, nouvelle réplétion de la vessie. Le malade anxieux et désespéré, croit sa dernière heure venue, et de fait son état est fort grave. Je l'amène à accepter de nouveau la sonde à demeure, j'évacue les caillots, je lave à l'eau boriquée en laissant 600 grammes environ de ce liquide dans la vessie, et la sonde à demeure est remplacée avec défense absolue de l'enlever. Je conseille des lavements très chauds, matin et soir, je fais une piqûre de morphine ; le traitement général est continué tel qu'il avait été prescrit le 1^{er} mai. Le soir, la coloration rouge pourpre avait disparu, l'urine était encore un peu teintée de sang ; nuit à peu près bonne.

4 mai. — Urines encore rosées, sans caillots.

5 mai. — Pas de traces de sang.

10 mai. — La sonde à demeure est retirée ; quatre sondages par vingt-quatre heures, accompagnés chacun d'un lavage boriqué.

15 mai. — Le sang n'a pas reparu ; les phénomènes congestifs sont calmés et la vessie est reposée, je commence les lavages de nitrate d'argent à la dose de 1 p. 1000.

17 mai. — Les lavages de nitrate sont un peu trop douloureux, j'abaisse la dose au taux de 1 pour 1500 ; je fais un lavage avec cette solution le matin, le sondage du soir est suivi d'un lavage boricué, deux autres sondages sont pratiqués dans l'intervalle. L'état général est meilleur, l'appétit et les forces reviennent. Les nuits sont bonnes.

25 mai. — Trois sondages par 24 heures, le malade commence à uriner seul dans leur intervalle. La sensibilité de la vessie revenant avec sa contractilité, je dois abaisser la solution à 1 p. 2000.

1^{er} juin. — Le malade fait sa première sortie ; état général satisfaisant.

23 juin. — 2 sondages par vingt-quatre heures ; urines encore un peu troubles, mais le dépôt est insignifiant et toute fétidité a disparu.

Octobre 1896. — Le malade continue ses deux sondages et lavages par vingt-quatre heures. Etat général bon.

OBSERVATION XII

B..., marchand des quatre-saisons, entre le 8 avril 1898, salle Velpeau, lit n° 16, pour une hématurie. Il a eu trois blennorrhagies dont la dernière remonte à trente ans. C'est en avril 1897 qu'il a uriné pour la première fois du sang, sans cause appréciable. L'hématurie était surtout initiale, et peu influencée par le repos. Il n'éprouvait pas, en urinant, de douleurs vives, mais il ressentit une légère cuisson

à l'extrémité de la verge. Les mictions étaient normales comme nombre. On le traita par des lavages au nitrate d'argent, et il guérit en huit jours.

Il fut repris de nouveau, sept mois après (novembre 1897), d'une seconde hématurie qui a présenté les mêmes caractères et qui a été soignée de la même façon.

Depuis hier soir, il urine de nouveau du sang. Il n'a rien fait qui puisse expliquer cette rechute. Il dit seulement avoir remarqué une certaine sensation de pesanteur et de chaleur un peu auparavant.

A l'urine et au sang sont mélangés des caillots de trois à quatre centimètres de long.

L'examen du malade est pratiqué par M. le professeur Albarran. La verge présente de l'hypospadias. Une sonde introduite dans le canal, montre qu'il est libre, et ramène des urines un peu plus foncées. La vessie qui ne se vide pas complètement, contient un résidu de 60 gr. Au toucher, la prostate est trouvée grosse, irrégulière, également développée des deux côtés. L'examen endoscopique n'est pas fait par suite de l'impossibilité d'introduire le stéthoscope.

On fait une évacuation des caillots au moyen de la seringue et on place une sonde à demeure. On lave la vessie au nitrate d'argent.

Plusieurs jours de suite, on continue le même traitement.

Le 15 avril, les urines ne sont plus sanglantes, mais un peu troubles.

Le 30 avril, avant que le malade quitte l'hôpital, on examine de nouveau la prostate. Elle a diminué de volume. Le sang a complètement disparu des urines.

RÉSULTATS DE L'ASPIRATION

Maintenant que nous connaissons les corps mous que l'on rencontre dans la vessie, les raisons pour lesquelles il faut les en chasser, et la manière de faire l'aspiration, étudions les résultats qu'elle a donnés dans les cas où nous l'avons vu employer.

Dans deux cas seulement, il s'agit de fausses membranes ; chez tous les autres malades, les corps mous aspirés étaient des caillots, ou des caillots mélangés à des débris de néoplasmes. C'est à peu près là, en effet, la fréquence relative de l'emploi de l'aspiration pour les uns et pour les autres.

Dans la première observation elle a eu un effet puissant contre la rétention. La sonde qui s'obstruait sans cesse, continuait à fonctionner après qu'on l'avait débarrassée des obstacles qui s'opposaient au cours de l'urine. Le drainage de la vessie se faisait d'une façon suffisante sans qu'il soit pour cela nécessaire de changer continuellement la sonde à demeure, traumatisme nuisible chez un malade dont le canal présente une plaie, et dont la vessie est déjà infectée.

Dans notre observation II, l'aspiration a été moins efficace. Malgré qu'on l'ait renouvelée plusieurs fois de suite, qu'elle ait été faite avec le videur d'Heurteloup, elle ne ramène que quelques gouttes d'urine. La vessie continue à former un globe qui remonte jusqu'au voisinage de l'ombilic. Les sondes ne sont pas plus perméables après qu'avant.

Les bons effets que l'on avait constatés dans le premier cas font défaut ici. Devons-nous en conclure que l'aspiration est souvent incapable de venir à bout de la rétention due à la présence de fausses membranes ?

Nullement. Cette impuissance était facile à prévoir. On se trouvait en présence d'une cystite à fausses membranes, nombreuses, volumineuses, résistantes et sans cesse renaissantes. Comment l'aspiration pourrait-elle arriver à faire sortir de la vessie, des lambeaux quelquefois si épais, et qui présentent jusqu'à 16 cent. sur 10, comme nous avons vu qu'il en existait ? Souvent même ces membranes sont adhérentes en un point, et il est nécessaire de tirer dessus avec une certaine force pour les faire sortir de la vessie, quand on peut agir directement sur elles par la taille hypogastrique.

Mais les cas où les fausses membranes pullulent de la sorte et ont de telles dimensions, sont rares. Au musée de l'hôpital Necker on n'en voit que quelques-unes et pourtant le nombre des malades atteints d'af-

fections des voies urinaires que l'on y examine, atteint chaque année un chiffre élevé. Le plus souvent il ne s'agit que de cystites avec quelques fausses membranes venant compliquer l'affection première, comme chez notre premier malade, et alors, l'aspiration a un rôle effectif contre la rétention.

On peut donc conclure que si, dans les cas intenses, l'aspiration est insuffisante pour rétablir le cours des urines, dans les cas moyens, ordinaires, de beaucoup les plus fréquents, elle est capable de rendre les plus grands services. Renouvelée, plusieurs fois, elle permet d'éviter la taille hypogastrique, opération que l'on peut déjà qualifier de sérieuse, et qui, malgré ses bons résultats opératoires habituels, est d'un pronostic tout autrement grave.

Son effet sur l'infection, sans être radical, n'est pas à négliger. En supprimant un de ses éléments, elle la diminue d'une façon sensible. Lorsqu'elle soustrait au milieu infecté des masses nécrosées, noirâtres, d'odeur nauséabonde, telles que celles retirées chez notre malade de notre observation I, on peut considérer son influence comme importante. Si elle ne combat pas l'infection, en agissant sur la cause, elle la combat en modifiant le milieu. Elle serait tout à fait efficace, si elle s'attaquait à la formation même des fausses membranes. Les enlever n'est pas un moyen radical, mais c'est un moyen palliatif d'une grande utilité, qui permet d'attendre, et qui favorise

puissamment l'action des autres agents. On ne peut la mettre en ligne, il est vrai, avec la taille hypogastrique, qui permet de faire un nettoyage complet de la cavité vésicale, mais son emploi chez notre malade montre qu'elle se comporte mieux que la sonde à demeure. La source d'infection qu'elle a subitement tarie par l'élimination d'une membrane qui ne s'échappait pas par la sonde, a eu un résultat éminemment favorable. On a pu, de ce jour, considérer le malade comme guéri. Et de ce fait, son état est devenu immédiatement celui d'un uréthrotomisé qui se présente dans de bonnes conditions. Il n'a plus émis que quelques fausses membranes sans importance et il a pu quitter l'hôpital, n'ayant plus à s'occuper qu'à dilater son rétrécissement.

L'histoire de notre premier malade, ainsi que de nos malades VI, VII et VIII, est encore intéressante à un autre point de vue : l'aspiration a permis de déterminer la cause exacte de l'affection. Dans le premier cas, après une uréthrotomie, la sonde s'obstrue brusquement. L'hypothèse la plus vraisemblable, semble-t-il, est qu'il s'agit d'un caillot. On fait l'aspiration et c'est une fausse membrane que l'on retire. Dans les trois autres cas, il s'agit d'hématuries. Comme il arrive souvent, on ne sait tout d'abord à quoi les attribuer. Leur persistance et leur abondance, l'âge des malades, font bien penser à l'existence d'une masse néoplasique, mais sans permettre de l'affirmer,

et surtout sans permettre de trancher la question de sa nature. L'aspiration en mettant en main une parcelle de la tumeur, détermine avec certitude la cause de l'hématurie, et fait bénéficier la clinique de l'aide de l'histologie.

Tous les autres malades qui ont été soumis à l'aspiration et dont nous rapportons les observations, étaient hématuriques, et l'aspiration avait pour but de les débarrasser de caillots qui aggravaient leur état. L'usage a en effet montré qu'elle était capable, dans ces cas, de produire de bons effets, sans qu'on ait rien à en redouter. Lorsque M. le professeur Guyon l'employa pour la première fois, il pensait *a priori* qu'elle pouvait déterminer en diminuant la pression intra-vésicale, une aggravation de l'hématurie. La pratique lui a montré qu'il n'en était rien. La plupart du temps, il n'a eu qu'à se louer de ses résultats.

Quelques auteurs se sont aussi appuyés sur un fait d'observation, pour critiquer la méthode. Lorsque, chez un malade qui a été lithotritié quelques jours auparavant, on fait une vérification, il arrive quelquefois que l'urine, qui était claire, se montre chargée de sang après l'aspiration. Nous avons observé encore un fait de ce genre, à la salle Velpeau, au mois de février de cette année. Mais est-ce bien l'aspiration qu'il faut en rendre responsable ? N'est-ce pas plutôt la distension préalable de la vessie, la congestion

déterminée par la pénétration de la quantité d'eau nécessaire au maniement du cathéter explorateur.

Malgré ces reproches plus ou moins fondés, en nous appuyant sur ce que nous avons vu, et c'est la pratique qui doit être le premier et le meilleur juge, nous croyons pouvoir recommander l'emploi de l'aspiration toutes les fois qu'il s'agit d'hématuries avec caillots. Contre la rétention elle est toute puissante ; chez tous nos malades nous l'avons vu réussir. Celui qui fait l'objet de notre observation V, qui n'avait pu uriner que quelques gouttes depuis la veille, et chez lequel la sonde ne permettait que d'évacuer une quantité minime d'urine alors qu'il avait la vessie distendue, fut soulagé par une seule aspiration. Sans l'aide d'aucune sonde il put uriner deux heures après, avec autant de facilité qu'avant sa maladie, et cependant la quantité de caillots retirés de sa vessie égalait près de 250 c. c. Ceux qui sont l'objet de nos observations VI, X et XI, avaient tous également la vessie distendue, au moment où l'aspiration leur fut faite. Elle fut chaque fois vidée immédiatement. Plus tard les caillots se reformèrent, il arriva que les sondes s'obstruèrent de nouveau ; — mais en renouvelant l'aspiration, la vessie put toujours être suffisamment vidée pour que l'urine n'y séjournât pas.

Deux de nos malades (III et VI) avaient des urines sales, et de la température. Tous deux avaient un mauvais état général. Le premier, en outre, avait

maigri considérablement. Au moment de son entrée à l'hôpital, il ne mangeait presque rien, sa langue était sèche, et ses nuits étaient agitées. En un mot l'un et l'autre étaient dans un état d'infection profonde. Les sondages et les lavages de la vessie au nitrate d'argent n'avaient pas amélioré leur état; — au contraire, on leur attribuait, chez l'un d'eux, l'hématurie et la recrudescence des phénomènes infectieux qui l'amenaient à l'hôpital. Chez celui-là, l'aspiration fut toute puissante. Une seule séance amena non seulement la guérison de l'hématurie, mais guérit en quelques jours l'infection. Huit jours après les urines n'étaient plus troubles. Le malade, qui avait abandonné sa sonde, se promenait dans la salle, se sentait à l'aise, et recommençait à manger d'un bon appétit.

L'aspiration fut moins heureuse chez le second. Elle n'empêcha pas le mauvais état général d'aller en empirant et la température de s'élever à 39°2. Mais il faut tenir compte des circonstances dans lesquelles il se présentait. Depuis trois ans il perdait du sang fréquemment. A son entrée à l'hôpital, il était dans un état d'anémie si intense, que l'interne dut lui faire une injection de sérum et qu'on la lui renouvela tous les jours suivants. Il s'agissait d'un de ces cas extrêmes, semblable à celui de notre observation II, chez lesquels l'aspiration reste impuissante et qui sont justiciables de la taille hypogastrique. Là encore, nous pensons que l'enseignement qui se dégage est le sui-

vant : L'aspiration agit efficacement contre l'infection qui accompagne les hématuries avec caillots, il est bon de l'employer dans ces cas, tout en ne s'y attardant pas, si les troubles persistent et s'aggravent.

Non seulement l'aspiration fait cesser la rétention des urines et diminue l'infection, en débarrassant la vessie des caillots qu'elle est incapable de chasser elle-même, mais elle guérit du même coup les hématuries que ces caillots entretenaient. Neuf de nos malades sur dix ont été guéris de cette façon et presque tous en un temps très court. Où son action a été le plus rapide, c'est chez le malade de notre observation V. En quelques heures ses urines devinrent claires, malgré les 250 cent. c. de caillots que l'on avait été obligé d'extraire de sa vessie. Dans les observations IV et VIII, une seule aspiration amena un résultat satisfaisant. Il en fallut deux pour guérir le malade de l'observation III et deux pour guérir celui de l'observation XI. Encore dans ce cas la nécessité de renouveler l'aspiration fut-elle causée par l'indocilité du malade qui ne voulut pas conserver la sonde à demeure. Des séances répétées furent nécessaires pour triompher des autres hématuries.

L'intensité et la durée des hématuries n'empêchent pas leur guérison. Tous ces malades urinaient du sang en abondance. Celui de l'observation IX, entre autres, en eut pendant une vingtaine de jours, et était dans un état d'anémie tel que l'on se demanda

un moment s'il n'était pas urgent de lui faire la taille hypogastrique. Il y avait 250 cent. c. de caillots chez le malade de l'observation V, et chez celui de l'observation XI, la sonde fit « s'écouler une abondante quantité de sang mêlé de caillots. » Dans l'observation VII « l'urine évacuée était totalement colorée en noir », et dans l'observation VIII « l'hématurie était très forte. » C'est d'ailleurs une coïncidence fréquente que l'abondance de l'hématurie quand elle s'accompagne de caillots ; on n'en guérit pas moins bien, comme le montrent tous ces cas.

La cause qui détermine l'hématurie influence peu l'action de l'aspiration. Elle agit également bien chez tous. Quatre de nos malades (III, IV, XI et XII) sont des prostatiques, qui, en se sondant ou en étant soumis à un examen endoscopique, ont subi un traumatisme du canal. C'est là une cause fréquente de pissement de sang ; il a guéri très bien chez tous. Le n° 5 était en cours de dilatation pour rétrécissement large, quand il fut pris brusquement de rétention après avoir uriné quelques gouttes de sang. Sa guérison fut totale en un jour. Le traitement chez ces malades comporte cependant une indication particulière, ainsi que le faisait observer M. le professeur Guyon, récemment, à propos d'un d'entre eux. Il y a avantage lorsqu'ils ont en place une sonde en gomme, et lorsque le sang va en diminuant dans les urines, à ne pas changer la sonde. On évite de traumatiser

à nouveau le canal, ce qu'il serait impossible de ne pas faire, surtout en mettant à la place une sonde plus volumineuse.

Les autres malades que l'opération a guéris (VII, VIII et IX), étaient porteurs de masses néoplasiques ; et l'on sait combien fréquemment graves par leur durée et leur abondance, sont les hématuries chez eux. La disparition du sang des urines change complètement leur état. Elle rend la vie tolérable, fortifie la résistance de l'organisme, retarde la tumeur et éloigne d'autant le terme fatal.

Dans un seul cas, nous l'avons vu, l'hématurie ne fut pas influencée d'une façon suffisante par l'aspiration. L'état d'anémie devint si intense qu'il fallut recourir à la taille hypogastrique. Mais rappelons-nous dans quel état était ce malade qui, depuis trois ans, urinait du sang presque continuellement, qui en avait déjà tant perdu qu'on dût lui faire dès le premier jour une injection de 1,000 grammes de sérum. L'aspiration ne pouvait sans danger être continuée chez lui assez longtemps pour qu'il fût dans la possibilité d'en attendre les bienfaits ; le 5^e jour, il n'était plus assez riche en sang pour pouvoir en perdre encore, et le seul moyen de lui épargner ce qu'il lui en restait était d'agir directement sur la vessie par la taille.

Nous n'avons jamais vu l'aspiration être nuisible et déterminer à sa suite une augmentation de l'hé-

maturie. On peut donc l'employer sans avoir aucun accident à craindre, dans tous les cas où elle est bien indiquée. Si cependant la quantité de sang, au lieu de diminuer, allait en augmentant, et s'il paraissait que ce soit l'aspiration qui en soit cause (comme quelques chirurgiens l'ont prétendu), il ne faudrait pas insister davantage et recourir à un autre moyen. Mais c'est là une exception qui se rencontre bien rarement, que, nous le répétons, nous n'avons jamais constatée.



CONCLUSIONS

1° Il existe souvent dans la vessie, des corps mous, tels que : caillots, fausses membranes, masses néoplasiques, corps étrangers, etc.

2° Ces corps mous donnent lieu à un certain nombre d'accidents : accès de rétention d'ordre mécanique, par obstruction de l'urèthre ; phénomènes d'infection qui peuvent exister antérieurement, mais qui sont augmentés beaucoup eux-mêmes par le séjour d'une fausse membrane putréfiée ; hémorrhagies persistantes par suite de la rétention et de la congestion vésicale.

3° L'aspiration de ces corps mous est un bon moyen de combattre ces accidents. C'est une opération facile qui ne nécessite que l'emploi d'une sonde à gros calibre, rigide, et de la seringue du professeur Guyon. Dans certains cas on la fera suivre du placement d'une sonde à demeure.

Il arrive que, par l'extraction d'une fausse membrane ou de parcelles néoplasiques, elle serve utilement au diagnostic.

4° Les résultats contre les accidents de rétention sont très satisfaisants.

Elle peut échouer contre les fausses membranes volumineuses.

Toujours elle a réussi pour l'extraction des caillots quels qu'aient été leur quantité, leur volume et leur origine.

5° Elle atténue les phénomènes d'infection par l'ablation de caillots ou de fausses membranes septiques. Il est évident que dans ce dernier cas, il faut soigner la cystite antérieure.

6° Dans les cas d'hématurie, non seulement l'aspiration n'amènera pas, comme on l'avait prétendu, l'aggravation de l'hémorrhagie, mais la fera cesser, soit après une, soit après plusieurs aspirations. Ce n'est que dans les cas graves, exceptionnels, en présence de l'aggravation de l'état d'anémie, qu'on aura recours à la taille hypogastrique.

Vu :

Le Président de la Thèse,
GUYON.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

